

# Дерматологічні маски ВІЛ/СНІДУ у практиці дерматологів Дніпропетровської області

Святенко Т.В.<sup>†</sup>, Франкенберг А.А.<sup>‡</sup>, Малегіна Л.А.<sup>‡</sup>,  
Кулешов І.В.<sup>§</sup>, Лін В.М.<sup>§</sup>, Тітаренко О.С.<sup>#</sup>

<sup>†</sup> Дніпропетровська державна медична академія

<sup>‡</sup> Дніпропетровський обласний шкірно-венерологічний диспансер

<sup>§</sup> Криворізький шкірно-венерологічний диспансер

<sup>#</sup> Дніпродзержинський шкірно-венерологічний диспансер

## ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ МАСКИ ВИЧ/СПИДА В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОЛОГОВ ДНЕПРО- ПЕТРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Святенко Т.В., Франкенберг А.А., Малегіна Л.А., Кулешов І.В., Лін В.М., Тітаренко О.С.

Проанализирована тенденция распространения ВИЧ-инфекции, структура заболеваемости ВИЧ-инфицированных больных дерматовенерологической патологией и эпидемиологическая ситуация и тенденции распространения ВИЧ-инфекции в Днепропетровской обл. Приведены клинические примеры манифестации дерматовенерологической патологии у ВИЧ-инфицированных больных как первые проявления ВИЧ-инфекции у пациентов. Наличие у ВИЧ-инфицированных больных разнообразных оппортунистических инфекций, а также многообразие дерматологических проявлений СПИДа требует большой настороженности от врачей дерматовенерологов и семейных врачей, как врачей первого контакта для таких пациентов, с целью улучшения своевременной диагностики и эффективности лечения.

## THE HIV/AIDS DERMATOLOGICAL MASKS IN PRACTICE OF DERMATOLOGISTS OF DNIPROPETROVSK REGION

Svyatenko T.V., Frankenberg A.A., Malegina L.A., Kuleshov I.V., Lin V.M., Titarenko O.S.

The tendency of HIV-infection spreading, the skin and venereal diseases morbidity structure for HIV-infected patients, the epidemiologic situation and tendency of HIV-infection spreading in Dnipropetrovsk region have been analyzed. The clinical examples of skin and venereal pathologies manifestation in HIV-infected patients as the first HIV-infection manifestation in the patients have been given. The variety of the opportunistic infections which HIV-infected patients have and also of dermatological manifestations of HIV demands greater vigilance of specialist in skin and venereal diseases and family doctors as ones being in touch with those patients first of all, with the purpose of improving the timely diagnostics and treatment effectiveness.

У всьому світі зараз від 33,4 до 46 млн. людей живуть з ВІЛ. У 2008 р. від 3,4 до 6,2 млн. людей були інфіковані *de novo*. За цей же рік від СНІДУ померло від 2,4 до 3,3 млн. людей. За оцінкою ВООЗ, у світі від СНІДУ з часу першого встановлення такого діагнозу (1981 р.) померло понад 25 млн. людей. Згідно даних 18 конгресу ЄАДВ (7-11 жовтня 2009 р., Берлін), у Німеччині відмічається зростання випадків СНІДУ у старших вікових групах, особливо у групі осіб 40-49 років. Середній вік жінок, хворих на СНІД, – 41 рік, чоловіків – 44 роки.

У групі осіб старше 69 років – 6 % жінок і 10 % чоловіків (від загальної кількості інфікованих). Осіб старше 50 років – 28,1 % серед ВІЛ-інфікованих. У зв'язку з цим – велика коморбідність з іншими соматичними захворюваннями, що ускладнює діагностику.

Як відомо, ВІЛ-інфекція/СНІД – проблема світового рівня, яка має різноманітні аспекти – від медичних до соціально-економічних. Україна, за даними ВООЗ, вважається однією з найбільш несприятливих країн у Європі щодо розповсюдження ВІЛ-інфекції/СНІДУ. За да-

ними UNAIDS (Об'єднаної програми ООН зі СНІДу), «епідемія в Україні є найбільш загрожуючою в Європі, і розповсюдженість СНІДу серед дорослого населення складає 1,63 %. В Україні мешкає 440 тис. осіб з ВІЛ-інфекцією». Згідно критеріїв ООН щодо ВІЛ/СНІДу, розповсюдженість ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні класифікується, як концентрована епідемія.

В Україні темпи розповсюдженості ВІЛ у два рази вище у порівнянні з 2001 р. За даними Українського СНІД-центру, за станом на 1 січня 2009 р. зареєстровано 141277 випадків ВІЛ інфекції, 26 804 випадків СНІДу, 15200 осіб померли від СНІДу. Географічний розподіл поширеності ВІЛ/СНІДу в Україні на 100 тис. населення у 2005 р. показано на рис. 1.



Рисунок 1. Географічний розподіл поширеності ВІЛ/СНІДу в Україні на 100 тис. населення у 2005 р. (дані ТРАА, червень 2006 р.)

Прогноз ситуації в Україні:

- до 2014 р. прогнозується збільшення кількості сімей, уражених ВІЛ, від 13,5 тис. (за оптимістичним сценарієм) до 29,3 тис. сімей (за песимістичним сценарієм);

- витрати на додаткові виплати малозабезпеченим сім'ям до 2014 р. збільшаться щонайменше у 4 рази;

- за оціночними даними, упродовж 2005–2014 рр. чисельність дітей, яким держава виплачуватиме допомогу у зв'язку із спричиненою СНІДом смертю обох батьків, збільшиться з 1100–1800 осіб у 2005 р. до 6020 – 9930 осіб у 2014 р; обсяги державних коштів, необхідних для допомоги та підтримки таких дітей, до 2014 р. можуть зрости у 8 разів і сягнути 29 млн. грн. на рік.

Розповсюдженість ВІЛ-інфекції в Україні (на 100 тис. населення) згідно даних Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом МОЗ України на 01.01.09:

- Дніпропетровська обл. – 455,2;
- Одеська обл. – 454,0;
- Донецька обл. – 442,9;
- Миколаївська обл. – 434,3;
- м. Севастополь – 334,8;
- АР Крим – 268,6;
- м. Київ – 231,1;

- Херсонська обл. – 191,8.

Ситуація у м. Дніпропетровськ (згідно даних ГУОЗ, жовтень 2008 р.) є такою, що цифри офіційної реєстрації – тільки верхівка айсбергу, оскільки відповідно до діючої нормативної бази України, офіційній реєстрації підлягають тільки ті особи, що пройшли клінічне обстеження і в них встановлено клінічний діагноз, а також згодні на здійснення диспансерного спостереження.

Масштаб епідемії у Дніпропетровській обл. (згідно даних позаштатного спеціаліста Головного управління охорони здоров'я з проблем ВІЛ/СНІДу І. В. Чухалової):

а) з моменту виявлення першого випадку ВІЛ-інфекції у 1987 р. та до цього часу в області офіційно зареєстровано 23781 випадок ВІЛ/СНІД, у тому числі:

- 4177 випадків захворювання на СНІД;
- 2355 випадків смерті від захворювань, обумовлених СНІДом;

б) у минулому році вперше в області показник захворюваності на СНІД мав тенденцію до зниження та склав 9,3 на 100 тисяч населення (319 осіб) проти 11,2 на 100 тисяч населення (386 осіб) за аналогічний період 2008 р.;

в) позитивним моментом є зниження показника смертності від захворювань, обумовлених



СНІДом, який за 5 місяців 2009 р. склав 5,4 на 100 тис. населення (186 осіб) проти 7,6 на 100 тис. населення (260 осіб, серед них двох дітей) за 5 місяців 2008 р.

Характеристика епідемії в області за 2008 р. (згідно даних позаштатного спеціаліста Головного управління охорони здоров'я з проблем ВІЛ/СНІДУ І. В. Чухалової):

- на диспансерному обліку на 01.01.09 – 15453 осіб;
- розповсюдженість (за даними «Д» обліку) – 455,2 на 100 тис. населення;
- вперше виявлено 3084 випадків ВІЛ-інфекції (90,8 на 100 тис. населення);
- захворіли на СНІД 782 особи (23,0 на 100 тис. населення).

Як відомо, найбільш типовими шкірними проявами ВІЛ/СНІДУ є:

- саркома Капоши;
- себореїтний дерматит;
- волосиста лейкоплакія;
- мікотична інфекція;
- герпетична інфекція.

Розвиток шкірних уражень – неопластичних, вірусних та бактеріальних зумовлений важкою імуносупресією; хоча патогенез мікотичної інфекції, можливо, пов'язаний з прямою дією ВІЛ на шкіру [1-4]. Встановлено, що на шкірі ВІЛ уражує не тільки Т-лімфоцити-хелпери, а й клітини Лангерганса, які відіграють важливу роль у дермальних імунних реакціях і, можливо, є місцем первинного заглиблення та накопичення ВІЛ в шкірі [7-9].

Особливості ураження шкіри при ВІЛ-інфекції [5, 6]:

- перші клінічні маніфестації ВІЛ-інфекції;
- можливість дебютувати ще при негативному серологічному статусі;
- стійкість до терапії;
- часті рецидиви;
- мікотичні ураження – найчастіші прояви опортуністичних захворювань.

**Саркома Капоши** – злоякісне захворювання лімфатичних ендотеліальних клітин; епідемічна її форма асоційована зі СНІДом. Епідемічна саркома Капоши є самою розповсюдженою серед асоційованих зі СНІДом злоякісних захворювань. Характеризується появою у молодому віці. Зустрічається у 20 разів частіше у гомосексуалістів, ніж в осіб, що придбали ВІЛ іншим шляхом. Вогнища при саркомі при СНІД локалізуються переважно на:

- обличчі (особливо на носі, повіках, вухах – це дуже пригнічує пацієнтів);
- тулубі;
- слизовій оболонці рота (особливо на твердому піднебінні – зустрічається тільки у хворих на СНІД, як прояв ВІЛ-інфекції).

Яскрава і соковита висипка. Системне ураження, у тому числі ШКТ (шлунку і ДПК). Швидка дисемінація. Кількість  $CD4^+$  у випадках, пов'язаних зі СНІДом, часто складає менше 200 клітин/мл [10, 11].

Наводимо клінічні приклади.

Хворий К, 59 років. Діагноз: ВІЛ-інфекція (Рис. 2 на вкладці). Вважає себе хворим близько двох років. Маніфестація захворювання розпочалась з набряку ясен, енантеми на слизовій оболонці ротоглотки, кровоточивості ясен. Потім з'явилися синюшні плями на шкірі передпліч, які згодом поширилися по всьому тілі, рясні – на обличчі, поодинокі – на животі, спині, нижніх кінцівках.

Проходив лікування у стоматолога з діагнозом афтозний стоматит, хвороба Рандю-Ослера – без покращення. Лікувався у терапевта з діагнозом хвороба Бехчета – без позитивного ефекту.

Об'єктивно:

- стан тяжкий; свідомість не порушена;
- кандидозний стоматогінгівіт з ознаками вторинного інфікування слизової оболонки ротоглотки, некротичний гінгівіт з гнійним відродженням;
- на мочці вуха – ланки некрозу з виразками.

Діагноз: Саркома Капоши.

Лабораторні данні:

- ЗАК – анемія, прискорене ШОЕ;
- імунограма:  $CD4^+$  – 4% (49 клітин /мкл).

Лікування:

- антиретровірусна терапія – дуовір, колетрум;
- патогенетична терапія – дезінтоксикаційна терапія;

місцево – Стоматидин, примочки з димексидом на некротизовані ділянки шкіри.

У результаті терапії, через 2 тижні елементи дещо зменшились у розмірах, однак імунodefіцит прогресував; через 2 тижні отримано звістку про смерть хворого.

Хворий Н, 40 років. Діагноз: ВІЛ-інфекція, IV клінічна стадія (Рис. 3 на вкладці). Спостерігається у Центрі з профілактики та боротьби зі СНІДом один рік. Два місяці тому з'явилися поодинокі багрові елементи на шкірі кінцівок, спини; хворого бентежив лише косметичний дефект.

Діагноз: Саркома Капоши.

Лікування: антиретровірусна терапія.

Вже через місяць елементи стають більш бліді, утворення нових – не спостерігається.

Хворий П, 43 роки. Діагноз: ВІЛ-інфекція (Рис. 4 на вкладці). В анамнезі – ПІН (потребляв ін'єкційно наркотики). Спостерігається у центрі з профілактики та боротьби зі СНІДом.

Діагноз: саркома Капоши.

Хворий З., 66 років. Вважає себе хворим протягом одного року. Маніфестація захворювання почалася з синюшних плям на тилу кистей, після чого висипи розповсюдились на шкіру ліктів, передпліч у вигляді багатьох утворень. Сім днів потому відмітив появу пухирчатого сипу на шкірі передньої грудної стінки справа, яка турбувала хворого свербежем та печією.

З анамнезу: самостійно виховує дитину 9 років; жінка хворого, за його словами, померла 5 років тому у віці 28 років від пухлини (?) головного мозку. Раніше ні хворий, ні його жінка на ВІЛ не обстежувались. Раніше звертався за містом мешкання, лікувався з діагнозом алергічний дерматит, тромбофлебіт (?), ефекту від терапії не спостерігалось.

Об'єктивно: стан – середньої тяжкості. Патологічний процес представлений синюшними та бурими плямами, вузлами, саркоматозними ділянками на шкірі кінцівок, верхньої половини тулуба, слизової оболонки порожнини рота, тилу кистей. Відмічається виразний набряк пальців рук. На шкірі передньої грудної стінки справа відмічається згрупована висипка, представлена везикулами, пустулами на еритематозному тлі, геморагічними кірочками (Рис. 5-8 на вкладці).

Лабораторні дані:

- при обстеженні на ВІЛ – позитивний результат;
- у загальному аналізі крові – анемія, прискорене ШОЕ;
- імунограма:  $CD4^+$  – 4% ( 49 клітин /мкл).

**Себорейний дерматит** – хронічне запальне папуло-десквамозне захворювання. Папули вологі, прозорі чи жовтуватого кольору, жирні, лускаті, розміщені серед червоних плям і бляшок, що зливаються. Вогнища ураження – обширні, з чіткими межами. Характерна незвична локалізація – плечі, сідниці, стегна; проте зустрічається і у типових місцях.

Себорейний дерматит різного ступеню вираженості відмічається у 74,4 % хворих на ВІЛ/СНІД, при цьому спостерігається на всіх стадіях інфікування ВІЛ, у хворих на СНІД він з вираженим запальним компонентом й супроводжується себореїдами з вираженими суб'єктивними відчуттями. Себорейний дерматит на даний час прийнято відносити до групи мікотичних інфекцій в силу доведеного факту значущості грибів роду *Malassezia* у патогенезі дерматозу.

Хворий К. 39 років. Діагноз: Себорейний дерматит. ВІЛ-інфікований (Рис. 9 на вкладці).

**Волосата лейкоплакія.** Головні особливості:

- є тільки у хворих на СНІД;
- виникає у пацієнтів у прогресуючій стадії захворювання;
- причинним агентом найчастіше є вірус Епштейна–Барр;
- білі, округлі, болючі бляшки виникають частіше на бічній поверхні язика;
- поверхня вогнища – нерівна, зморшкувата за рахунок ниткоподібних розростань епітелію слизової (зовні вигляд вкритої волосками);
- процес може прогресувати й поширюватися на всю поверхню язика та слизову щік.

**Мікотична інфекція**, за фазами розвитку

ВІЛ/СНІД:

- безсимптомне носійство (БН) – у 69,8 % випадків;
- персистуюча генералізована лімфаденопатія (ПГЛ) – у 18,6 %;
- СНІД-асоційований комплекс (СНІД-АК) – у 8,1 %;
- СНІД – у 3,5 % випадків.

**Особливості клінічних проявів і перебігу мікозів при ВІЛ/СНІД:**

а) збіг різних видів поверхневої мікотичної інфекції:

- мікози стоп;
- оніхомікози;
- різнокольоровий лишай;
- кандидозні паронімії;
- кандидоз слизових;
- «молочниця»;
- кандидозні зіпрілості тощо;

б) тенденція до утворення широких вогнищ, що супроводжуються болем, схильних до виразкування та ульceraції;

в) розповсюдженість ураження;

г) торпідність до терапії, що проводиться;

д) часті рецидиви та недовгі ремісії;

е) схильність до ускладнень:

- екзематизації;
- вторинна піодермія;
- герпетичні та інші вірусні інфекції.

Хвора К., 27 років. Діагноз: Дерматофітія. ВІЛ-інфікована (Рис. 10 на вкладці).

Хвора Л., 33 роки. Діагноз: Кандидоз. ВІЛ-інфікована (Рис. 11 на вкладці).

**Оперізуючий лишай** може бути самою ранньою клінічною ознакою розвитку СНІДу в осіб з груп підвищеного ризику. Оперізуючий лишай у пацієнтів з імунодефіцитом асоціюється з частими рецидивами та атиповими вогнищами; вогнища локалізовані:

- у ротовій порожнині, з переходом на бронхи;
- на геніталіях; кистях рук, гомілкях.

Схильність до ерозування та виразкування. Залишає після себе грубі рубці. За рахунок імунодефіциту, оперізуючий лишай може ускладнюватися розвитком:

- плазії периферичного нерву;
- енцефаліту;
- мієліту;
- синдрому контралатерального геміпарезу.

Дисеміноване захворювання може завершитися *exitus letalis*. Гострий некроз сітківки, що проявляється змінами зору на протязі тижнів і місяців, є ускладненням, яке частіше за все асоціюється з серопозитивними до ВІЛ пацієнтами.

Хворий К., 26 років. Діагноз: Оперізуючий

лишай. ВІЛ-інфікований (Рис 12 на вкладці).

Хворий М. 38 років. Діагноз: Оперізуючий лишай. ВІЛ-інфікований (Рис. 13 на вкладці).

Більш тяжкий перебіг бактерійних та інших інфекцій має нашоувхувати лікаря на думку про можливий імунodefіцитний стан хворого та може розцінюватись, як дебют СНІД-індикаторних інфекцій та як необхідність обстеження на ВІЛ. При цьому не слід забувати про можливість «серонегативного вікна» у хворих та необхідність повторних досліджень з обов'язковим заповненням усієї необхідної для цього документації щодо письмової згоди на обстеження хворого на ВІЛ.

Хворий С., 40 років. Діагноз: Псоріаз. Розповсюджена форма. Стаціонарна стадія. ВІЛ-інфікований (Рис. 14 на вкладці).

Хворий С., 45 років. Діагноз: Псоріаз. Розповсюджена форма. Стаціонарна стадія. ВІЛ-інфікований (Рис. 15 на вкладці).

Хвора С., 26 років. Діагноз: Псоріаз. Розповсюд-

жена форма Стаціонарна стадія. ВІЛ-інфікована (Рис. 16 на вкладці).

Хвора К., 25 років. Діагноз: Хронічна виразкова піодермія. ВІЛ-інфікована (Рис. 17 на вкладці).

Хворий М., 36 років. Діагноз: Вузловата почесуха. ВІЛ-інфікований (Рис. 18 на вкладці).

Хлопчик В., 1 рік 4 місяці. Діагноз: Дисемінований контагіозний моллюск. Обстежений на ВІЛ – результат позитивний (Рис. 19 на вкладці).

Таким чином, в умовах зростання поширеності випадків ВІЛ-інфекції/ СНІДу необхідно мати високу насторогу лікарів усіх спеціальностей, у першу чергу, дерматовенерологів щодо ВІЛ-статусу пацієнтів, які звертаються за медичною допомогою [12, 13]. Слід пам'ятати, що маніфестація ВІЛ-інфекції/СНІДу можлива з різних захворювань, які мають інфекційний агент; у тому числі, це можуть бути «банальні» інфекції та хвороби, які не відносяться до опортуністичних, СНІД-індикаторних хвороб, що потрібно враховувати при виборі діагностичної тактики та схем терапії.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Покровский В.В. ВИЧ-инфекция наступает // Терапевтический архив. – 2004. – № 4. – С. 9-14.
2. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції/СНІДу і заходи профілактики в Україні / Л.С. Некрасова, В.М. Світа, Ю.О. Новохатній, Л.П. Нестеренко // Инфекционный контроль. – 2005. – № 1. – С. 21.
3. Гудзенко О.А., Шестакова І.В. «Маленькі» проблеми у вирішенні глобальної задачі боротьби з ВІЛ-інфекцією // Сучасні інфекції. – 2007. – № 1. – С. 24-29.
4. Ермак Т.Н., Кравченко А.В., Гудзеев Б.М. Вторичные заболевания у больных с ВИЧ-инфекцией – 15-летнее наблюдение // Терапевтический архив. – 2004. – Т. 76, № 4. – С. 18-20.
5. Бабій Н.О., Щербінська А.М. Ко-інфекції вірусного генезу у хворих на ВІЛ-інфекцію // Інфекційні хвороби. – 2007. – № 2. – С. 23-26.
6. Структура шляхів передачі ВІЛ-інфекції в Україні у 2001-2003 рр. / О.М. Кислих, О.В. Максименко, Т.А. Сергеева, Ю.В. Круглов // Инфекционный контроль. – 2005. – № 1. – С. 22.
7. Минакова И.В., Соколова Т.В. Особенности течения ИППП у женщин – работниц коммерческого секса, потребляющих наркотики // Вестник дерматологии и венерологии. – 2007. – № 5. – С. 47-50.
8. Бойко А.Н., Прохоренков В.И. Социально-гигиенические, поведенческие и эпидемиологические характеристики мужчин, вовлеченных в коммерческий секс // Вестник дерматологии и венерологии. – 2007. – № 4. – С. 26-28.
9. Проценко О.А. Особенности клиники и течения поверхностных микозов у ВИЧ-положительных больных // Дерматология та венерология. – 2007. – № 1 (35). – С. 49-52.
10. Высыпания на коже и слизистых оболочках полости рта у больного 59 лет / О.П. Шевченко, Т.В. Святенко, Н.С. Суремченко, К.Ю. Литвин, А.О. Лесничая, Н.В. Окуневич // Дерматовенерология. Косметология. Сексopatология. – 2006. – № 3-4 (9). – С. 245-247.
11. Святенко Т.В., Шевченко О.П. Клинические случаи саркомы Капоши у пациентов с ВИЧ-инфекцией // Журнал сімейного лікаря та сімейної медсестри. – 2007. – № 5. – С. 11-13.
12. Aral S.O., Padian N.S., Holmes K.K. Advances in multilevel approaches to understanding the epidemiology and prevention of sexually transmitted infections and HIV: an overview // J. Infect Dis. – 2005. – Vol. 191 (Suppl. 1). – S1-S6.
13. Sexually transmitted infections/HIV/AIDS programme. WHO/Europe survey on HIV/AIDS and antiretroviral therapy: 31 December 2006. – Copenhagen, WHO Regional Office for Europe; 2007.



### Рисунки к статье:

Святенко Т.В., Франкенберг А.А., Малегіна Л.А., Кулешов І.В., Лін В.М., Тітаренко О.С.  
Дерматологічні маски ВІЛ/СНІДу у практиці дерматологів Дніпропетровської області



Рисунок 2



Рисунок 3



Рисунок 4



Рисунок 5



Рисунок 7

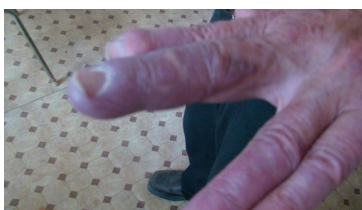


Рисунок 6



Рисунок 9



Рисунок 8



Рисунок 10



Рисунок 11



Рисунок 12



Рисунок 13



Рисунок 14



Рисунок 15



Рисунок 16



Рисунок 17



Рисунок 18



Рисунок 19